SÍFILIS

1) Com relação às manifestações cutâneas da sífilis, correlacione:

I – Sífilis primária

II – Sífilis secundária

III – Sífilis terciária

( ) Lesões gomosas e nodulares, indolores, se localizam no tecido subcutâneo, osséo, e muscular e tendem a formar placas;

( ) Ulceração indolor, base rasa e limpa, bordas elevadas e enduradas, geralmente é única e desaparece sem uso de tratamento. Em 1/3 dos casos deixa cicatriz;

( ) Erupção macular de coloração rósea (roséola sifilítica) que pode evoluir até lesões pápuloescamosas e pápulotuberosas ou nodulares; são extremamente contagiosas e afetam também palma e planta. As lesões desaparecem mesmo sem tratamento;

( ) Infiltração gomosa nas mucosas (palato, mucosas nasal, língua, tonsilas e faringe)

A) II. III, I, II

B) III, I, II, I

C) III, I, II, III

D) I, II, III, III

2) Sobre a sífilis congênita marque a alternativa **correta**:

1. a)São sinais da sífilis congênita tardia: o pênfigo sifilítico, a pseudoparalisia de parrot e o choro afônico;
2. São sinais da sífilis congênita precoce: tíbia em lâmina de sabre, surdez do 8º par de nervos cranianos e tríade de Hutchinson;
3. Há maior possibilidade de transmissão placentária quanto menor o tempo da gestação;
4. O tratamento da sífilis congênita não deve ser feito com Penicilina cristalina, tendo em vista sua alta toxicidade nas crianças;

3) Acerca da avaliação laboratorial de um paciente com sífilis, marque a alternativa **incorreta**:

a)VDRL e FTA-ABS negativos indicam que o paciente pode estar na janela imunológica ou pode ser que não esteja com sífilis;

b) VDRL negativo e FTA-ABS positivo indica um falso positivo;

c) VDRL e FTA-ABS positivos indicam sífilis não tratada ou tratada recentemente;

d)VDRL negativo e FTA-ABS positivo indicam sífilis precoce ou curada.

BACTERIAS GRAM NEGATIVAS E POSITIVAS

4 ) Feita cultura de LCR em paciente com suspeita de meningite, foi constatada a presença da bactéria Neisseria meningiditis na amostra. Qual o achado esperado após coloração com método de Gram?

1. Diplococos Gram-negativos
2. Cocos Gram-positivos
3. Às vezes gram-negativos, às vezes gram-positivos
4. Streptococos Gram-positivos
5. Bacilos Gram-negativos

5 - As bactérias Gram-negativas diferem das Gram-positivas

A) pela presença da peptídeoglicana

B) pela presença da membrana externa

C) pela presença dos plasmídeos

D) pela ausência do N-acetil murâmico na parede celular

E) e) pela presença de ácido teicóico

6) É uma bactéria gram-positiva comum em infecções de pele como impetigo bolhoso e erisipela, conhecida pelo seu mecanismo de resistência à meticilina/oxacilina:

1. Streptococcus pyogenes
2. Staphylococcus epidermidis
3. Staphylococcus aureus
4. Listeria monocytogenes
5. Neisseria meningiditis

Zika

7) Quanto ao quadro clínico da doença Zika, assinale a alternativa falsa:

1. A manifestação clínica se dá em cerca de 20% dos indivíduos infectados, quando considerado estudos com metodologia de sorologia para Zika
2. Pacientes que apresentam exantema maculopapular pruriginoso, febre, hiperemia conjuntival sem secreção e prurido, poliartralgia e edema periarticular devem ser considerados acometidos pela Zika, sem ser necessário confirmação por meio de testes positivos/reagentes específicos para diagnóstico de Zika
3. Malformações congênitas, incluindo microcefalia, tem etiologia complexa e multifatorial, podendo ser causadas por infecção durante a gravidez
4. A Zika pode causar a Síndrome de Guillain-Barré, que é uma doença autoimune caracterizada por uma polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda, podendo provocar paralisia e até mesmo a morte.
5. Zika pode causar síndromes neurológicas como meningite, meningoencefalite e mielite

8) Quanto ao diagnóstico diferencial da Zika, assinale a alternativa verdadeira:

1. Sendo a clínica da Dengue e da Zika, deve-se pedir exames laboratoriais que os diferenciem, como hemocultura, parasitológico de fezes e swab dos exantemas
2. Apesar das características clínicas semelhantes, a Zika possui febre mais elevada do que a Dengue, além de uma mialgia mais intensa, astenia mais acentuada e tendo como conjuntivite associada a exantema papulomacular um sinal diferenciador para com as outras arboviroses
3. A chikungunya causa febre mais elevada do que a Zika, porém tem como maior diferencial a intensidade da poliartralgia/poliartrite de início súbito e debilitante, podendo está associado a edema articular/periarticular desde o início do quadro.
4. Pode-se diferenciar a Zika da Malária por esta ter periodicidade na febre, causar dispaurenia, icterícia, alteração do nível de consciência, cardiomegalia, asma e diarréias intensas.
5. O prurído da Zika é raro, leve e periódico, devendo ser descartada em prol das outras arboviroses caso esteja moderado\intenso e frequente

Tuberculose9) M.J.S.L., mulher, 49 anos, refere febre diária há 30 dias, com tosse produtiva e ocasionalmente hemoptise e perda de 6 kg nesse mesmo período. A radiografia de tórax revelou opacidades em ápice direito com cavitação. As 2 bacterioscopias de escarro foram positivas para BAAR. A conduta correta é:  
   
a)Administrar rifampicina, isoniazida e pirazinamida nos 2 primeiros meses e rifampicina nos 4 meses seguintes.  
b) Realizar bacterioscopia mensalmente durante o acompanhamento do tratamento.

c)Administrar rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol nos 2 primeiros meses e isoniazida e etambutol por mais 4 meses.

d) Internar a paciente

e) Tratar imediatamente todos os contatos

10) Sobre o tratamento da tuberculose

I. As drogas quimioterápicas indicadas hoje não provocam resistência bacteriana.

II. O esquema RIP (rifampicina-isoniazida-pirazinamida) só é usado em casos graves e deve ser administrado por 1 ano.

III. O etambutol não é recomendado como tratamento de rotina para menores de 10 anos.

IV. Em caso de reação de sensibilidade grave, o medicamento suspeito não pode ser reiniciado após suspensão a fim de evitar reação adversa ainda mais grave.

V. O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária no tratamento da tuberculose, já que são as maiores fontes de infecção Estão corretas:

a) I e II. b) II, III e IV.

c) III, IV e V. d) I, IV e V. e) II e V.

11) O Brasil é um dos países com maior incidência de tuberculose no mundo. Em relação a essa doença, é correto afirmar:

1. A vacinação prévia com BCG é uma contraindicação para o teste tuberculínico.  
     
   b) É considerado caso novo todo caso de tuberculose ativa tratada anteriormente e cuja alta foi recebida por cura comprovada ou por tratamento completo.  
     
   c) A tuberculose na gestação não está associada a casos de prematuridade.   
     
   d) O exame de BAAR isoladamente é considerado definidor de caso para tuberculose.  
     
   e) O complexo primário de Gohn pode evoluir para cura espontânea, doença circunscrita ou doença disseminada.

Questões HTLV

12) A paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-1 é uma doença da medula espinhal, que progride lentamente causada pelo vírus linfotrópico 1 humano. Nesse contexto, assinale a incorreta.

1. O vírus é transmitido por contato sexual, uso de drogas injetáveis, exposição ao sangue ou pela amamentação.
2. Medicamentos, como corticoesteroides, podem ajudar e os espasmos são tratados com relaxantes musculares.
3. O vírus HTLV-1 pode causar certos tipos de leucemia e linfoma.
4. O vírus pode se alojar nos glóbulos vermelhos, destruindo-os, semelhante ao vírus da AIDS.
5. A paraparesia espástica tropical associada ao HTLV-1 geralmente progride ao longo de vários anos.

13) Sobre o HTLV, assinale a questão que envolve as afirmativas corretas.

I. O vírus linfotrópico da célula T humana é um vírus pertencente à família tropoviridae e pertencente ao gênero deltaretrovírus.

II.A maioria das pessoas infectadas pelo HTLV não apresentam sinais e sintomas, durante toda a vida

III. A confirmação diagnóstica se dá através da imunofluorescência indireta ou Western Blot, caso apresentem resultado indeterminado, faz-se necessário a realização da PCR(reação e em cadeia da polimerase).

IV. A artrite associada ao HTLV apresenta características clínicas semelhantes à artrite gotosa.

1. I e II
2. II e III
3. c)II e IV
4. I, II e III
5. I e IV

14) Há pouco mais de 20 anos, tomou-se conhecimento da relação do vírus HTLV com inúmeras doenças sistêmicas. Abriram-se novas perspectivas de entendimento quanto à fisiopatologia de doenças neoplásicas, autoimunes, infecciosas e até mesmos degenerativas. Nesse sentido, analise as afirmativas a seguir e julgue a incorreta.

1. A dermatite infecciosa associada ao HTLV é um eczema crônico, recorrente, que compromete a maioria das vezes crianças e adolescentes. Ela é caracterizada por lesões eritematosas, escamosas e crostosas, acomete regiões do couro cabeludo, retroauriculares e cervicais.
2. A mielopatia associada ao HTLV é a manifestação neurológica mais clássica. Caracteriza-se por paraparesia espástica com maior comprometimento dos músculos proximais dos membros inferiores.
3. A polimiosite e a miosite por corpúsculos de inclusão são relatadas em associação com a infecção por retrovírus. Essas doenças e os seus achados em biópsia muscular não diferem da apresentação observada em pacientes infectados.
4. Manifestações urológicas urinárias e sexuais podem apresentar em estágio inicial, nas fases mais precoces os sintomas urinários mais frequentes são: noctúria, urgeincontinência urinária e disúria, com evolução para sensação de esforço miccional, esvaziamento miccional incompleto e incontinência.
5. Alguns estudos sugerem que a infecção pelo HTLV pode associar-se a imunossupressão e aumentar o risco de outras comorbidades infecciosas. A hiperinfecção pelo Isospora belli presente nos pacientes infectados pelo HTLV é explicada por alterações na resposta imunológica, causando má resposta ao tratamento.

QUESTÕES MENINGITE BACTERIANA

15) J. P. S 46 anos, natural de caruaru, procedente de Jaboatão, casado, branco, católico é admitido em serviço de emergência queixando-se de cefaléia de forte intensidade, mialgia, prostração, anorexia, vômitos não alimentares de duração desconhecida.

Ao exame físico:

GERAL: EGR, sonolento, (TA: 39,5ºc), eupneico, hipocorado (+++/++++), cianótico(+++/++++), sem edemas, pele com lesões petequiais, rigidez de nuca, Sinal de Brudzinski positivo.

CARDIOVASCULAR: RCR em 2T, BNF sem sopros ( FC 100 BPM/ PA: 140 X 85 mmHg)

RESPIRATÓRIO: MV presente em AHT sem RA ( FR 20 Irpm)

ABDOME: globoso, depressível, indolor a palpação superficial e profunda sem visceromegalias, RHA presente e normativo.

Sobre o caso clínico assinale V ou F

1. ( ) Os sinais meníngeos são patognomônicos de meningite.decorrentes da compressão

do exsudato purulento sobre a emergência dos nervo raquidianos

2. ( ) o hemograma é sugestivo de meningite bacteriana caso apresente leucocitose, neutrofilia e desvio a esquerda assim como o exame bioquímico sanguíneo

3. ( ) Podem ser consideradas pessoas com maior risco de adquirir a doença: comunicantes íntimos de casos; viajantes para áreas que tenham níveis hiperendêmicos ou epidêmicos; pessoas com asplenia funcional ou anatômica, deficiência de properdina e/ou deficiência de complemento (C5 a C8) e/ou produção de anticorpos bactericidas do soro específicos contra o meningococo

4. ( ) A presença de petéquias sugere o diagnóstico, a sua ausência não o exclui.

5.( ) A N. meningitidis utiliza os seus pili (fímbria) para proceder a aderência nos receptores específicos das células do hospedeiro. Para escapar da IgA secretora existente na mucosa, o meningococo utiliza protease, que desarma esse anticorpo. Em seguida, o meningococo necessita atingir a corrente sanguínea, o que consegue por mecanismo ainda desconhecido.  
  
a) 1f 2f 3v 4v 5v

b) 1v 2v 3v 4v 5v

c) 1f 2v 3v 4v 5f

d) 1f 2f 3v 4v 5f

e) 1v 2v 3v 4v 5f

16) Sobre meningite bacteriana são Verdadeiras (V) ou Falsas (F) as afirmativas abaixo:

1. ( ) O exame do LCR é o teste de laboratório mais importante para o diagnóstico de meningite, sendo sugestivo de infecção bacteriana caso apresente, aspecto purulento, leucócitos maior que 500, glicose aumentada e proteína diminuida.

2. ( ) A febre e os sintomas clínicos começam a regredir após 1 a 3 dias do início da antibioticoterapia. Na dependência do agente bacteriano envolvido, o paciente evolui para a cura completa em um período variável entre 7 e 21 dias (média de 10 dias).

3. ( ) presença de neutrofilorraquia no líquor pode significar a presença de bactérias no processo inflamatório residual, mesmo em pacientes já com recuperação clínica total.

4.( ) as principais complicações neurológicas incluem: arterites de vasos cranianos, flebites e tromboflebites, herniações encefálicas, de evolução geralmente fatal e comprometimento de nervos cranianos, secreção inadequada de hormônio antidiurético.

5.( ) a farmacodinâmica da droga de primeira escolha em adultos tem atividade bacteriostática inibindo a síntese da parede celular.

1. 1v2 v 3f 4v 5v
2. 1v 2v 3v 4v 5f
3. 1f 2v 3v 4f 5f
4. 1f 2f 3v 4fv 5v
5. 1f 2v 3v 4v 5f

17) A terapêutica antibiótica deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico liquórico de meningite purulenta, antes mesmo de um diagnóstico etiológico específico conhecido. Em situações extremas, em que haja suspeita clínica de meningite bacteriana e não haja disponibilidade de pesquisa liquórica, deve-se iniciar a antibioticoterapia empiricamente, mesmo sem diagnóstico de certeza.   
Em geral, utiliza-se

1. RN até um mês de vida( ampicilina + cefotaxima ou gentamicina + amicacina), crianças de 1 a 7 anos (ceftriaxona ou cefotaxima + ampicilina), maiores que 7 anos e adultos (ceftriaxona ou vancomicina) e idosos, imunodeprimidos, diabéticos, alcoolistas, paciente com infecção hospitalar ( teste terapêutico)
2. RN até um mês de vida( ampicilina + cefotaxima ou gentamicina + amicacina), crianças de 1 a 7 anos (ceftriaxona ou cefotaxima + vancomicina), maiores que 7 anos e adultos (ceftriaxona ou vancomicina) e idosos, imunodeprimidos, diabéticos, alcoolistas, paciente com infecção hospitalar ( vancomicina)
3. RN até um mês de vida( ampicilina + cefotaxima ou gentamicina + amicacina), crianças de 1 a 7 anos (ceftriaxona ou cefotaxima + ampicilina), maiores que 7 anos e adultos (ceftriaxona ou vancomicina) e idosos, imunodeprimidos, diabéticos, alcoolistas, paciente com infecção hospitalar ( ceftriaxona + vancomicina)
4. RN até um mês de vida( ampicilina + cefotaxima ou gentamicina + amicacina), crianças de 1 a 7 anos (cefotaxima ou ceftriaxona + ampicilina), maiores que 7 anos e adultos (ceftriaxona e caso o antibiograma indicar resistência acrescentar cefotaxidima ) e idosos, imunodeprimidos, diabéticos, alcoolistas, paciente com infecção hospitalar ( ceftriaxona + ampicilina + vancomicina)
5. RN até um mês de vida( ampicilina + cefotaxima ou gentamicina + amicacina), crianças de 1 a 7 anos (cefotaxima ou ceftriaxona + ampicilina), maiores que 7 anos e adultos (ceftriaxona) e idosos, imunodeprimidos, diabéticos, alcoolistas, paciente com infecção hospitalar ( ceftriaxona + ampicilina + vancomicina + corticosteroide + antifúngico)

QUESTÕES AIDS E MECANISMOS DE AÇÃO DOS ANTIMICROBRIANOS

18) Sobre a AIDS, leia as assertivas a seguir e marque a única **alternativa correta**:

1. Para a definição epidemiológica dos casos de AIDS em adultos se utiliza apenas o critério Rio de Janeiro/Caracas, o qual leva em consideração sinais, sintomas e doenças associadas à AIDS, tendo que haver um somatório de até 10 pontos.
2. A doença pelo HIV é dividida em fase aguda, crônica assintomática e crônica sintomática, com grande variabilidade temporal em relação à duração de cada uma, sendo que na fase assintomática para de haver progressão imunológica, só havendo progressão viral.
3. A doença sintomática é dividida na doença pelo HIV (não AIDS) e na imunodeficiência propriamente dita (AIDS), sendo que os chamados controladores de elite nunca manifestam esta última fase.
4. O nível de contagem de linfócitos CD4+ estabelece quais são as doenças que podem aparecer no indivíduo, de forma que podem ser indicadas profilaxias para cada uma delas, precisando apenas da confirmação de elevada carga viral para o início da profilaxia medicamentosa.
5. A infecção pelo HIV leva à inflamação crônica, de forma que os pacientes têm uma incidência aumentada, em relação à população não infectada pelo HIV, de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares.

19) Ainda sobre o HIV/AIDS, qual (is) doença(s) pode(m) estar relacionada (s) a esta enfermidade? Assinale um V para as que são relacionadas ao HIV/AIDS e marque a **alternativa correta** abaixo.

( ) Sarcoma de Kaposi

( ) Leucoplasia pilosa

( ) Neurotoxoplasmose

( ) Púrpura trombocitopênica autoimune

( ) Periodontite

1. V V V F F;
2. V F V F F;
3. V V V V F;
4. V V V V V;
5. V F V V V;

20) Sobre os mecanismos de ação dos antimicrobianos, classifique cada antibiótico abaixo pelo seu mecanismo de ação e responda a seguir:

I. Interferência na síntese da parede celular; ( ) cefalosporinas

II. Alterações na membrana citoplasmática; ( ) fluorquinolonas

III. Alterações na síntese proteica ( ) polimixinas

IV. Interferência na replicação do cromossomo ( ) lincosamidas

1. I; IV; III; II.
2. I; IV; II; III.
3. I; III; IV; II.
4. I; II, III; IV.
5. III; I; II; IV.

21) Em relação aos grupos de antimicrobianos abaixo, marque o único que **não** é bactericida:

1. Penicilinas (inibe a síntese da parede celular);
2. Vancomicina (inibe a síntese da parede celular);
3. Polimixinas (interfere na permeabilidade da membrana citoplasmática);
4. Macrolídeos (interfere na síntese proteica)
5. Aminoglicosídeos (interfere na síntese proteica);

22) Sobre os beta-lactâmicos, marque a alternativa correta a seguir:

1. Atuam na parede celular, estrutura vital para a sobrevivência das bactérias, pois, se deficiente, a bactéria morre por lise osmótica, devido ao seu meio interno ser hipotônico.
2. A penicilina G tem alta solubilidade e consegue atravessar as camadas superficiais da parede celular sem maiores dificuldades.
3. Os beta-lactâmicos atuam principalmente na polimerização (ou transglicosilação), inibindo as transglicosidases.
4. Os beta-lactâmicos atuam principalmente na transpeptidação, se ligando reversivelmente às proteínas ligadoras de penicilina (PBPs), inibindo a sua ação.
5. Nos bacilos gram-negativos, a lise osmótica demora a ocorrer, pois a sua pressão osmótica interna é baixa e os seus constituintes principais da parede são os lipopolissacarídeos e as lipoproteínas, com menor participação do mucopeptídeo.

Questões – Infecções de pele e partes moles

23) A respeito das infecções de pele, marque a alternativa incorreta:

1. A erisipela é causada pelo Streptococcus pyogenes e tem como características margens de enduração bem definidas
2. Na erisipela, a descamação da pele acometida ocorre dentro dos 3 primeiros dias de início da doença
3. A celulite pode ser caracterizada como purulenta e não purulenta
4. O linfedema crônico, como resultado da elefantíase, pode causar celulite recorrente
5. Na fascite necrosante, a dor e febre inexplicáveis podem ser as únicas manifestações clínicas

24) “Infecção do folículo piloso e da glândula sebácea, comprometendo o tecido celular subcutâneo próximo”. Essa é a definição dada para o(a):

1. Foliculite
2. Estrófulo
3. Furúnculo
4. Antraz
5. Escabiose

25) M.E.S, 21 anos, desenvolveu febre associada a edema, dor e lesão no dorso do pé e perna esquerda. Ao exame, a lesão era elevada, eritematosa, quente e bem demarcada, sendo nítido o limite entre a lesão e a pele saudável. Dentre as alternativas abaixo, assinale a correta:

1. Trata-se de celulite e os seus agentes etiológicos mais frequentes são bactérias aeróbicas Gram-negativas
2. Trata-se de celulite que se caracteriza pelo acometimento das camadas mais externas da derme e dos vasos linfáticos superficiais
3. Trata-se de celulite e há necessidade de cultura e aspirado para se definir o diagnostico e iniciar o tratamento
4. Trata-se de erisipela e os agentes etiológicos mais frequentes são estreptococos beta-hemolíticos
5. Trata-se de erisipela e deve ser feita a notificação compulsória

Dengue

26) Dentre as arboviroses a Dengue é a mais importante, existindo aproximadamente 50 milhões de pessoas no mundo que adquirem a doença anualmente. Observe o seguinte caso clínico de Dengue e marque a alternativa em que só exista situações corretas sobre a doença.

**Mulher de 67 anos de idade, procedente de Arcoverde-Pernambuco, procura pronto-socorro de hospital secundário por conta de febre há 3 dias. Relata vômitos persistentes, mialgia, cefaleia principalmente retro-orbitária, prostração, astenia e febre diária de até 39°C no período. Nega tosse, odinofagia, coriza. Nega alterações urinárias. Refere casos semelhantes em sua região com diagnóstico de dengue. Acompanha no ambulatório por insuficiência coronariana crônica classe funcional I (infarto prévio há 3 anos tratado com angioplastia primária) e hipertensão arterial sistêmica. Faz uso regular de ácido acetilsalicílico, enalapril, hidroclorotiazida e atenolol. Ao exame clínico apresenta-se em regular estado geral; desidratada +2/+4; pressão arterial 108 x 66 mmHg; frequência cardíaca 104 bpm; restante do exame clínico sem alterações significativas.**

1. Este caso deve ser obrigatoriamente notificado. Também é necessário iniciar hidratação venosa de imediato mesmo sem resultados de exames complementares. Na primeira hora de internação é iniciado soro fisiológico 10ml/kg/h e reavaliação clínica após esta etapa, também são feitos exames específicos e inespecíficos de modo obrigatório.
2. Este caso não precisa ser notificado, pois estamos diante de um caso de epidemia e podemos inferir que já foi certamente notificado. Sendo necessário iniciar hidratação oral de imediato até resultados de exames e reavaliação clínica, evitando, desse modo, descompensar o quadro.
3. Este caso deve ser obrigatoriamente notificado, pois em toda epidemia não se necessita de confirmação diagnóstica para haver notificação. A conduta a ser tomada inicialmente é a prescrição de antipirético, antiemético, analgésicos, pois tratando os sintomas atuais é esperado que o estado geral do paciente se normalize.
4. Este caso não exige notificação, pois na verdade o paciente não está com Dengue, tem apenas a descompensação da doença de base Sendo necessária mudança dos anti-hipertensivos tendo em vista hipotensão e desidratação apresentada pela paciente do caso.
5. Este caso deve ser imediatamente notificado. Sendo necessário iniciar hidratação venosa de imediato e realização de exames complementares obrigatoriamente. A paciente, preferencialmente, deve ser internado em leito de terapia intensiva, até estabilização clínica.

27) Marque a alternativa que poderia ser considerada como caso suspeito de Dengue pelo Ministério da Saúde:

1. Pessoa que apresentar intenso prurido e exantema no verão de áreas quentes e úmidas, podendo ter outros sinais comemorativos.
2. Pessoa que vive em área com transmissão de dengue, apresentando intensa dor articular, cefaleia retro-orbital e vômitos frequentes, não necessitando haver febre.
3. Pessoa com viagem para área de risco nos últimos 14 dias, apresentando febre, com duração de dois a sete dias; e dois ou mais sinais comemorativos, como náuseas, mialgia, cefaleia.
4. Criança que frequente creche e esteja afebril, porém com conjuntivite e exantema maculopapular, podendo ter sintomas graves de forma aguda e necessitando de imediata internação.
5. Adolescente com febre baixa, com duração de 5 a 7 dias, associado a exantema agudo, de rápido desenvolvimento e resolução sem necessidade de intervenção médica.

HIV- Diagnóstico, transmissão e fisiopatogenia

28) No que tange a confirmação do diagnóstico laboratorial do HIV o Ministério da Saúde propõe diversos fluxogramas que ajudam no direcionamento de uma suspeita de infecção pelo vírus. Em situações especiais é possível confirmar o diagnóstico somente com testes rápidos (TR). Sobre os testes rápidos considerando essas situações especiais, marque a alternativa correta:

1. Se existir exposição a material biológico contaminado com fonte conhecida e portadora do HIV ou sexo entre pessoas soro discordantes, a terapia antirretroviral de “bloqueio” deve ser iniciada independente dos resultados dos TR e da carga viral da pessoa fonte.
2. Esses testes podem ser feitos em qualquer local, sendo seu resultado definido em até 60 minutos.
3. Entre os TR existentes pode-se destacar o uso do sangue capilar e a saliva, caso haja comportamento de risco é indicado que se procure um hospital referência em até 48 após a exposição, após esse período já é indicado iniciar profilaxia pós-exposição pois não se consegue mais impedir replicação viral.
4. É preciso utilizar dois TR de forma sequencial e com amostra válida. Se o primeiro TR for positivo é necessário realizar o segundo TR, se ambos forem positivos o diagnóstico é confirmado.
5. Se houver discordância entre os dois TR, sendo o primeiro positivo e o segundo negativo o diagnóstico já é descartado.

29) A transmissão do HIV é um dos tópicos mais estudados no tema, pois existe diferentes formas que potencializam os riscos de haver a transmissão viral por diferentes fluidos corporais. Desse modo, deve-se ter em mente que, na prática, toda situação de risco deve ser investigada o mais rapidamente possível. Sobre esse tópico, marque a alternativa INCORRETA:

1. Contato sexual desprotegido, contato com sangue, hemoderivados e tecidos, transmissão “vertical” (intraútero, intraparto, aleitamento matero) são as formas mais importantes de aquisição do vírus.
2. O sexo oral tem transmissão tão ineficiente que é considerado isento de risco e, desse modo não é contraindicado em casais sorodiscordantes.
3. O sexo anal é uma forma muito eficiente de transmissão, pois a mucosa retal é muito mais frágil e mais fina do que a vaginal.
4. A presença de Infecção Sexualmente Transmissível, como sífilis, cancro mole, herpes-simples, em pessoa que não possuem o HIV aumenta o risco de aquisição do vírus diante de uma situação de risco.
5. Os profissionais que lidam com pacientes HIV+ e/ou materiais potencialmente contaminados estão sob o risco de adquirir a infecção em acidentes ocupacionais, como através do contato com sangue, sêmen, fluido vaginal, líquido pleural, escarro sanguinolento e outros.

30) Você foi convocado para participar de um programa de TV e tinha por objetivo explicar ao público leigo a fisiopatogenia do HIV, um desafio para muitos médicos. Entretanto, quando era acadêmico você fez parte da Liga Pernambucana de Infectologia - LPI e tem hoje muita experiência prática e teórica no assunto. Desse modo, marque a alternativa que diz CORRETAMENTE a fisiopatogenia resumida do HIV e que certamente você falaria no programa de TV.

1. Após contato sexual desprotegido com paciente HIV+ o vírus entra em contato com a mucosa genital. Ele porém só consegue atravessar o epitélio de uma mucosa não íntegra, ou seja, é inoculado na lâmina própria através de uma solução de continuidade na mucosa. Disseminam-se para submucosa e procuram as células CD8+, em geral linfócitos T helper dispersos pelo interstício. Essas células “ativadas” iniciam primeiros ciclos de replicação viral no organismo.
2. Diversos são os modos pelos quais o vírus compromete o infectado e seu sistema imune através dos linfócitos T CD4+, tanto através da destruição direta pela replicação viral, e também pela indireta mediada pelo próprio individuo, como uma espécie de reação “autoimune”. Desse modo a destruição direta e indireta em conjunto são agressivas e faz a progressão da doença chegar no estado Aids em no máximo 3 a 5 anos, quando não tratada adequadamente.
3. Quando não é diagnosticada ou tratada corretamente a infecção pelo vírus, a doença instituída pelo HIV se caracteriza pela queda progressiva da contagem de linfócitos T CD4+, que são células essenciais no sistema imunológico, podendo resultar em infecções e neoplasias oportunistas, que se aproveitam da imunodeficiência para se manifestarem. Todavia, se for feito o uso correto da TARV associada a acompanhamento médicoo, medidas preventivas e educativas o curso da doença pode não chegar no estágio de Aids.
4. Quando ocorre a infecção pelo vírus, alguns pacientes evoluem em pouquíssimo tempo para a fase sintomática (Aids), porém, mesmo os que evoluem lentamente, ao longo de dez anos todos chegam ao estado de Aids. Desse modo, o uso correto de medicação é a única forma de não chegar nesse estágio de imunodeficiência.
5. Na contaminação inicial ocorre o pico inicial de viremia e nesta surge a síndrome retroviral aguda (SRA) que ocorre durante a soroconversão (intervalo entre o contágio e o surgimento dos sintomas da Aids). O Ministério da Saúde afirma que a soroconversão acontece, em média, quatro semanas a dez anos após o contágio, nesta fase, bilhões de cópias do HIV circulam diariamente no sangue do paciente, representando um dos momentos de maior infectividade na história natural da doença.

**ESPAÇO PARA GABARITO**

**NOME COMPLETO:**

**CPF:**

**Período/Instituição de Ensino:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 7 | 13 | 19 | 25 |
| 2 | 8 | 14 | 20 | 26 |
| 3 | 9 | 15 | 21 | 27 |
| 4 | 10 | 16 | 22 | 28 |
| 5 | 11 | 17 | 23 | 29 |
| 6 | 12 | 18 | 24 | 30 |

GABARITOS

**GABARITO**

**SÍFILIS**: 1) C

2) C

3) B

**GABARITO GRAM POSITIVAS E NEGATIVAS**

4- A

5- B

6- C

**Gabarito ZIKA:**

7- B

8- C

**GABARITO TB**: 9 - B,

10 - C

11 - E

**Gabarito HTLV: 12D. 13B. 14E**

MENINGITE BACT - GABARITO  
**QUESTÃO 15  
a**. 1f 2f 3v 4v 5v  
**QUESTÃO 16  
e**. 1f 2v 3v 4v 5v   
**QUESTÃO 17  
d**. RN até um mês de vida( ampicilina + cefotaxima ou gentamicina + amicacina), crianças de 1 a 7 anos (cefotaxima ou ceftriaxona + ampicilina), maiores que 7 anos e adultos (ceftriaxona e caso o antibiograma indicar resistência acrescentar cefotaxidima ) e idosos, imunodeprimidos, diabéticos, alcoolistas, paciente com infecção hospitalar ( ceftriaxona + ampicilina + vancomicina)

**GABARITO AIDS E MECANISMOS DE AÇÃO:**

18. E

19. D

20. B

21. D

22. E

GABARITO INFECÇÕES DE PARTES MOLES:

**23. B**

**24. C**

**25. D**

**GABARITO DENGUE**

26-A 27-C

**GABARITO HIV**

28-D 29-B 30-C